

| |
|--------------|
| شماره پرونده |
| مأمور رسیدگی |
| اسم پرونده |

**موافقت نامه بازپرداخت کوین غذایی برای
 فقط خطاهای غیرعمدی خانوار**

اسم

نشانی

شرایط و ضوابط

شما و یا عضوی از خانوار شما اشتباہی مرتکب شده است.

با استی توسط یکی از روش هایی که در زیر ذکر شده مزایای کوین غذایی اضافی را بازپرداخت کنید:

1. پرداخت یکجا - می توانید کل مبلغ بدھی را به وسیله پول نقد و/یا مزایای کوین غذایی یکجا بازپرداخت کنید.
2. کاهش در مزایا - اگر در حال حاضر مزایای کوین غذایی دریافت می کنید، می توانید با کاهش مزایای خانوار خود برای کل و یا بخشی از مقدار بدھی بازپرداخت کنید.
3. قسطی - می توانید مقدار بدھی را به اقساط ماهانه به صورت نقدی و/یا مزایای کوین غذایی بازپرداخت کنید.
4. بازپرداخت حکم شده

دادگاه و یا قاضی قوانین اداری حکم بازپرداخت بدھی را به طوری که در زیر مشخص شده صادر کرده است. این شرایط بازپرداخت توسط شما و یا بخشداری قابل تغییر نیستند.

اگر قبلاً در مورد شرایط موافقت نامه با شما صحبت نکرده ایم و یا اگر سوالی دارید، با مأمور وصول رفاه در _____ تماس بگیرید.

بعد از پر کردن و امضاء این موافقت نامه، همه نسخه ها را در پاکتی که فراهم شده به بخشداری برگردانید. وحه نقد و مزایای کوین غذایی را توسط پست با این موافقت نامه ارسال نکنید. هنگامیکه توسط بخشداری تصویب شد، یک نسخه امضا شده موافقت نامه برای شما ارسال خواهد شد.

موافقت نامه

اینجانب، _____، آگاهی دارم که این موافقت نامه مابین من و بخشداری _____ است چون کوین های غذایی اضافی به مبلغ _____ \$ صادر شده بود. اینجانب موافقت می کنم که این مبلغ را به روشنی (روش هایی) که در زیر علامت زده شده بازپرداخت کنم:

پرداخت یکجا

توسط یک پرداخت یکجا به میزان _____ \$ بازپرداخت خواهم کرد که در تاریخ _____ قابل وصول است.

توسط یک پرداخت یکجا مزایای کوین غذایی به میزان _____ \$ بازپرداخت خواهم کرد که در تاریخ _____ قابل وصول است.

کاهش در مزایا

با کاهش در مزایای خانوار خود به میزان _____ \$ بازپرداخت خواهم کرد که از تاریخ _____ شروع می شود.

اقساط

به اقساط ماهانه به میزان _____ \$ بازپرداخت خواهم کرد که در _____ روز هرماه قابل وصول است و از تاریخ _____ شروع می شود.

به اقساط مزایای کوین غذایی ماهانه به میزان _____ \$ بازپرداخت خواهم کرد که در _____ روز هرماه قابل وصول است و از تاریخ _____ شروع می شود.

اینجانب همچنین درک و موافقت می کنم:

1. برنامه زمانی بازپرداخت من براساس توانایی فعلی ام در پرداخت کردن است به طوریکه توسط بخشداری محاسبه شده است. هرگونه تغییراتی در توانایی من ممکن است پرداخت های ماهیانه ام را تغییر دهد.
2. اگر چیزی تغییر کند، ممکن است از بخشداری بخواهم که شرایطی که در بالا علامت زده شد را دوباره محاسبه کند.
3. اگر به طوریکه موافقت شد پرداخت نکنم و یک برنامه زمانی پرداخت جدید دریافت نکنم، ممکن است بخشداری بخواهد که کل مبلغ بدھی همین حالا پرداخت شود.
4. اگر به طوریکه موافقت شد پرداخت نکنم و بخشداری برای وصول مبلغ بدھی از من اقامه دعوی کند، ممکن است لازم باشد که مخارج وصول، هزینه وکیل و مخارج دادگاه نیز پرداخت کنم.
5. اگر پرداخت نکنم، بخشداری ممکن است بازپرداخت مالیات برآمد ایالتی/فردال مرا ضبط کرده و/یا از دادگاه بخواهد که حقوقم و یا هرگونه دارایی که دارم را مصادره کند.
6. در صورتیکه مبلغ پرداختی تا تاریخ سر رسید دریافت نشود و در پرداخت مورد دعوا تأخیر ایجاد شود، اینجانب در معرض اقدام (های) قانونی وصول غیردادطلبانه قرار خواهم گرفت.
7. اگر بعداً مشخص شود که این خطای غیرعمدی خانوار در واقع یک نقض عمدی برنامه بوده، حتی اگر مقداری که مفروض هستید را بازپرداخت کنید، جرائمی منظور خواهد شد.

بخش

تاریخ

امضاء

توسط بخشداری پر شود:

The above signed Agreement has been accepted by _____ on _____ Date _____
for _____ County. Payments should be made at:

(Signature of Authorized County Official)